Aus dem Pathologischen Institut der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel
Vorstand: Prosektor Dr. Emmerich.

Lane Medical Library

Über die Aneurysmen der Arteria anonyma.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel.

★

Vorgelegt von
Marie Schiller, geb. Vahrmeyer
zu Osnabrück.

Aus dem Pathologischen Institut der Städtischen Krankenanstalt zu Kiel
Vorstand: Prosektor Dr. Emmerich.

Über die Aneurysmen der Arteria anonyma.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel.

★

Vorgelegt von
Marie Schiller, geb. Vahrmeyer
zu Osnabrück.

Druck von Meinders & Elstermann, Osnabrück.

Nr. 21.
Rektoratsjahr 1928/29.
Referent:
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. L. Jores.

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. Ziemke,
z. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0025

Über die Aneurysmen der Arteria anonyma.

In der Mitte der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts erschien die erste Arbeit von Doehle aus dem Pathologischen Institut der Universität Kiel über eine Aortenerkrankung auf syphilitischer Basis, die zunächst nur mit grofzer Skepsis aufgenommen wurde. Erst lange Zeit danach errang sich diese Lehre allgemeine Anerkennung, besonders nachdem Chiari und Benda in ihren Referaten auf der deutschen Pathologischen Gesellschaft in Kassel im Jahre 1904 im Sinne Doehles sich ausgesprochen hatten. Seither ist eine grofze Reihe von Arbeiten über die durch Syphilis an dem Gefäfz-System hervorgerufenen Veränderungen erschienen, die die makroskopischen und mikroskopischen Befunde in eindeutigem Sinn charakterisierten. Lange Zeit umstritten wurde die Frage der Klappenbeteiligung, auf die zunächst geringer Wert gelegt wurde. Erst allmählich hat sich diese eine allgemeine Anerkennung errungen. 1922 wies Wolff in einer Arbeit über die Aortitis luetica erneut auf die grofze Bedeutung der Klappenaffektion hin. In der letzten Bearbeitung der „Pathologie der Blutgefäfze" betont Schultz die grosse Regelmäfzigkeit gerade der Anfangsveränderungen im Bereich der Klappenansätze bei Aorten-Lues, die Beneke auf besonders starke Lymphbewegungen infolge der starken Pulserschütterungen zurückführt. Viel erörtert wurde auch die Frage, welche Rolle die Syphilis bei der Entstehung der Aneurysmen spiele, die bald in positivem, bald in negativem Sinne entschieden wurde. Es ist nun bekannt, dafz Aneurysmen auf syphilitischer Grundlage in allen Abschnitten der Aorta, vor allem in der Aorta ascendens und dem Arcus, seltener in der Pars descendens und der Bauchaorta auftreten. Sehr viel seltener als die Aorta selbst sind die grofzen Aeste des Aortenbogens Sitz der Aneurysmen. Thorel erwähnte 1915 in seiner Arbeit über „Pathologie der Kreislauforgane des Menschen" vor allen Dingen einen Fall von Versé, der bei einem 46jährigen Mann 22 Jahre nach dem Primäraffekt ein enorm grofzes, nach der Härtung noch 2300 ccm fassendes Aneurysma der rechten Arteria anonyma fand.

Während man so lange Zeit eine luetische Erkrankung der grofzen Halsgefäfze für eine grofze Seltenheit hielt, wurde in der Dissertation von Hölscher der Nachweis geführt, dafz bei „ausgeprägter Aortitis luetica die Halsgefäfze fast immer an den Entzündungsprozessen beteiligt sind". Die stärksten pathologischen Veränderungen fanden sich dann immer in der Arteria anonyma. Es ist daher auch nicht verwunderlich, dafz die Arteria anonyma mit der Zahl der Aneurysmen der grofzen Halsgefäfze an der Spitze steht.

Hofrichter weist darauf hin, dafz unter den Aneurysmen der grofzen Arterien die der Arteria anonyma in Deutschland im Vergleich zu denen der anderen Länder auffallend selten sind. Zuletzt veröffentlichte Fahr einen Fall von Aortitis luetica bei einer 52jährigen Frau mit aneurysmatischer Erweiterung des Aortenbogens und der Arteria anonyma. Hölscher und Hofrichter hatten in den vorher schon erwähnten Arbeiten je 3 Fälle von Aneurysmen der Arteria anonyma beschrieben. Während also die luetischen Aneurysmen der Arteria anonyma selten beobachtet werden, ist eine gröfzere Anzahl auf traumatischer Basis beruhender, besonders auch im Verlauf des letzten Krieges mitgeteilt worden. In der Arbeit von Hölscher findet sich eine Reihe von Arbeiten solcher Art erwähnt. Die letzte gröfzere Zusammenfassung von 164 Fällen traumatischer Aneurysmen der Arteria anonyma gab Ranzi, die jedoch alle für unsere Arbeit nicht in Betracht kommen, da wir nur über die auf luetischer Basis beruhenden berichten wollen. Dieser Umstand, dafz in der Literatur bisher so wenig Fälle dieser Art veröffentlicht wurden, rechtfertigt die Mitteilung eines weiteren Falles dieser Art. Hinzu kommt noch, dafz hier unter unserem reichlichen Lues-Material von 1915 bis 1928 nur ein einziger Fall beobachtet werden konnte. Eine statistische Uebersicht soll das charakterisieren.

Jahr	Zahl der Sektionen	Zahl der Fälle von Aortitis l.	= Prozent	Zahl der Fälle von Aneurysm.	Zahl der Fälle von Klappenbeteiligung
1915	223	12	= 5,4 %	5	10
1916	323	22	= 6,8 %	10 (1)	12
1917	332	28	= 8,4 %	7	9
1918	485	29	= 6,0 %	6	7
1919	272	18	= 6,6 %	6	4
1920	256	20	= 7,8 %	8	7
1921	211	12	= 5,7 %	9	7
1922	271	45	= 16,6 %	13 (1)	10
	2373	186	= 7,8 %	64(66)	66

Vorstehende Zahlen wurden der Wolff'schen Arbeit entnommen und für meinen Zweck entsprechend zusammengestellt.

Jahr	Zahl der Sektionen	Zahl der Fälle von Aortitis l.	= Prozent	Zahl der Fälle von Aneurysm.	Zahl der Fälle von Klappenbeteiligung
1923	338	45	= 13,3 %	6 (1)	12
1924	352	39	= 11,1 %	11	17
1925	293	27	= 9,2 %	7	10
1926	270	35	= 13,0 %	14	12
1927	313	30	= 9,6 %	13 (1)	14
1928 (Juni)	160	20	= 12,5 %	4 (1)	6
	1726	196	= 11,3 %	55(58)	71

Die in Klammern angegebenen Fälle hatten 2 verschieden lokalisierte Aneurysmen aufzuweisen, wodurch die Gesamtzahl der Aneurysmen auf 58 bezw. 66 erhöht wird.

Aus diesen Zusammenstellungen ergibt sich, daſz unter 4099 Sektionen 382 Fälle = 9,3 % mit einer Aortitis luetica gefunden wurden. Die Klappen waren in 137 Fällen mitergriffen, während die Zahl der Aneurysmen 119 (124) betrug. Das bedeutet, daſz sich in 35 % der gesamten Fälle von Erkrankung an Aortitis luica eine Klappenbeteiligung und in 31,1 % eine Aneurysmabildung fand.

Wolff schon wies auf die groſze Häufigkeit der gleichzeitig oder auch für sich allein in den Anfangsstadien auftretenden luetischen Klappenaffektionen hin. Diese Feststellung kann in dem von mir bearbeiteten Material von 1922 bis 1928 von neuem bestätigt werden. Es fand sich nämlich unter 1726 Sektionen bei 196 Fällen 71 mal = 36,2 % eine Klappenbeteiligung. Der genauen Schilderung der aufzerordentlich charakteristischen Klappenveränderung, die sich bei Wolff findet, kann nichts Neues hinzugefügt werden. Hervorheben möchte ich aber noch ihren diagnostischen Wert in jugendlichen Fällen, wo sich noch keine stärkeren makroskopischen Veränderungen in den übrigen Teilen der Aorta finden, und in solchen Fällen, wo eine stärkere Atherosclerose das Bild der Aortitis luetica überlagert. In diesen letzteren Fällen erweckte erst die Klappenaffektion häufig den Verdacht auf eine gleichzeitig vorhandene syphilitische Aortenerkrankung, die dann oft durch die Wassermann'sche Reaktion und die mikroskopische Untersuchung bestätigt werden konnte.

Wie sich die Aneurysmen zu den verschiedenen Gefäſzabschnitten verhalten, ergibt sich aus der folgenden Tabelle.

1915—1928 (Juni)

Zahl der Aneurysmen	
im Anfangsteil und Arcus	115
in der Pars descendens der Aorta thoracica	7
in der Bauchaorta	1
in der Arteria anonyma	1
Summe	124

Unter den 124 Fällen von Aneurysmen waren also 115 im Anfangsteil und Arcus lokalisiert, 7 in der Pars descendens der Aorta thoracica, 1 in der Bauchaorta und 1 in der Arteria anonyma. Wir können, wie aus diesen Zahlen hervorgeht, die Angaben über die Häufigkeit des Sitzes des Aneurysmas in den verschiedenen Abschnitten der Aorta bestätigen. Er entspricht der Ausbreitung des luetischen Prozesses überhaupt, der sich ja bekanntlich zumeist auf das Gebiet der Brustaorta beschränkt, und an der Stelle des Durchtritts durch das Zwerchfell größtenteils sein Ende findet.

So nimmt uns die geringe Anzahl der Aneurysmen in der Bauchaorta nicht wunder. Die große Zahl der Aneurysmen im Anfangsteil und Arcus hat seinen Grund darin, daß hier die ersten und auch die tiefgreifendsten Zerstörungen durch die Lues hervorgerufen werden. Beneke führt dies auf die im Anfangsteil der Aorta besonders starken Pulserschütterungen und Druckschwankungen und die dadurch bedingten kräftigen Lymphbewegungen in den Wandschichten, denen die Spirochäten folgen sollen, zurück. Die verhältnismäßig geringere Beteiligung der peripherer gelegenen Teile des Gefäß-Systems bringt er mit der Abnahme des Druckes in Zusammenhang. Nach seiner Ansicht kann man das Freibleiben der großen Aeste am Arcus und das häufige Befallensein der Abgangsstellen auch dadurch erklären, daß infolge der sich stark auswirkenden Pulsstöße eine vermehrte Lymphströmung an den Abgangsstellen selbst erzeugt wird, während die Aeste davon freibleiben. Hölscher weist als einziger darauf hin, daß fast regelmäßig bei schwerer Aortenlues die großen Halsgefäße mit erkrankt sein sollen. Diese Angaben stimmen mit unseren Erfahrungen nicht überein. Wir fanden wohl die Abgangsstellen besonders stark in Mitleidenschaft gezogen, doch konnten wir uns nicht überzeugen, daß die Halsgefäße selbst mit großer Regelmäßigkeit ebenfalls ergriffen waren. Eine aneurysmatische Erkrankung der Arteria anonyma fanden wir nur in einem einzigen Fall, den ich darum einer besonderen Besprechung unterziehen möchte.

Den Krankengeschichten, für deren Ueberlassung ich den Herren Professoren Frey und Göbell bestens danke, entnehme ich folgende Angaben:

Es handelt sich um eine 67 Jahre alte Patientin, Ch. H., die seit längerer Zeit wegen starker Beschwerden beim Schlucken und Atmen bei einem Halsspezialisten in Behandlung war. Da sich die Beschwerden verschlimmerten, sucht sie das Krankenhaus auf. Sie klagt über starke Atembeschwerden und Hustenreiz. Vor 35 Jahren hatte die Patientin einmal einen Blutsturz gehabt, sonst war sie nie krank gewesen, hat 4 gesunde Kinder. Venerische Infektion wird negiert. Familienanamnese o. B.

Status Präsens:

Mittelgroſze Frau in gutem Kräfte- und Ernährungszustand; Muskulatur mittelkräftig. Die Lippen zeigen leichte Cyanose. Zunge etwas belegt, Zähne leidlich erhalten; Hals: seitlich druckempfindlich, keine tastbaren Lymphdrüsen, Schilddrüse nicht vergröſzert.

Lunge: hinten links unten handbreite Schallverkürzung, sonst normaler Klopfschall, Atemgeräusch wegen des starken Stridors nicht sicher zu hören, ist begleitet von Giemen und Pfeifen.

Herz: Spitzenstoſz im 5. Intercostalraum in der Medioclavicularlinie. Herzgrenzen nicht verbreitert. Gefäſzband beiderseits gering verbreitert. Ueber dem ganzen Herzen, besonders aber über der Spitze und der Aorta ist ein lautes systolisches und kurzes dyastolisches Geräusch zu hören.

Abdomen: nicht gespannt, nicht druckempfindlich; Leber und Milz nicht vergröſzert.

Nervensystem: Reflektorische Pupillenstarre; bei Convergenz reagiert die rechte schlechter als die linke. Die übrigen Reflexe sind etwas lebhaft; pathologische Reflexe sind nicht auslösbar.

Urin: kein pathologischer Befund.

Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit beträgt 63 Minuten nach Westergreen. Das Blutbild ergab 95% Haemoglobin, 4 260 000 rote und 11 000 weiſze Blutkörperchen, davon waren:

Jugendformen	6%
Stabkern. Leuco.	1%
Seg. Leuco.	79%
Lymphoc.	17%
Uebergangsf.	3%
Eos	0
Mastzellen	0

Die Temperatur betrug 37,9; der Puls war regelmäſzig, mittelkräftig, 96 an der Zahl, R. R. 180/95.

Die Lungendurchleuchtung ergab unter dem Sternum eine gut faustgroſze, nicht pulsierende Verschattung, die den oberen Rand des Sternum etwas überragte und beim Schlucken sich mitbewegte. Die Trachea war nach links verlagert.

Herz o. B. Die Lungen zeigen das Bild eines Emphysems.

Die Lungenaufnahme bestätigt im wesentlichen den bei der Durchleuchtung erhobenen Befund. Die Wassermann'sche Reaktion ist +++ (+).

Diagnose: Retrosternale Struma mit Compression der Trachea. Lues III.

12. IV. 28.: Patientin atmet röchelnd, spricht heiser, reichlich Hustenreiz mit viel weifzlichem Auswurf.

16. IV. 28.: Da der Zustand sich verschlechtert, wird Patientin zur Begutachtung ins Anscharhaus verlegt, wo sie zwecks Operation zurückbehalten wird.

16. IV. 28.: Am Abend nach der Verlegung nimmt die Atemnot noch zu. Sitzen im Bett bringt keine Erleichterung. Die Diagnose lautet auch hier: substernale Struma.

17. IV. 28.: Noch stärkere Dyspnoe, Patientin kann kaum noch Luft holen, im Gesicht starke Cyanose.

Operation in Lokalanaesthesie. Nach Vornahme einer Mediastinotomie fühlt man im Mediastinum, etwa dem Manubrium sterni entsprechend, etwas mehr rechts gelegen eine circumscripte Verdickung, die sich nach unten hin abgrenzen läfzt und etwa von Eigröfze ist. Eine Verbindung mit der Schilddrüse läfzt sich nicht feststellen. Nachdem hier oberflächlich gelegene kleine Venen unterbunden sind, wird unter Auseinanderziehung des Sternums versucht, die Geschwulst mittels Zeigefingers nach unten abzugrenzen, wobei plötzlich eine sehr starke Blutung entsteht, weswegen die Operation nach Tamponade des Wundbettes abgebrochen wird. Die Blutung steht darauf, die Atmung ist jetzt etwas freier, die Cyanose ist gewichen. Abends wacht Patientin auf, freut sich sehr über die bessere Atmung; Puls ist mittelkräftig.

18. IV. 28.: Unter zunehmender Dyspnoe und Cyanose erfolgt der Exitus.

Die Sektion (P. S. 28), 12 Stunden post exitum vorgenommen (Dr. Schiller), ergab folgenden Befund:

Grofze senile weibliche Leiche in sehr gutem Ernährungszustand. Haut und Schleimhäute blafz. In den abhängigen Partien reichlich blaurote Totenflecke, Totenstarre erhalten; Unterhautfettgewebe sehr gut entwickelt; Muskulatur mittelkräftig, braunrot. Pupillen beiderseits gleichweit, mittelweit, rund.

Von der Fossa jugularis bis zum Processus xiphoideus findet sich eine mit wenigen Knopfnähten zusammengehaltene frische Wunde, aus deren oberen Ende mehrere Tampons ragen. Nach Aufschneiden der Nähte findet man das Sternum in ganzer Länge gespalten und durch eine zusammengeballte Gazerolle auseinandergehalten. Nachdem die Tampons entfernt wurden, liegt eine frische Wundfläche vor, an deren Grund einige Blutgerinnsel sich finden. Einige von diesen ragen aus einem ca. fingergliedlangen Gewebspalt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegen die Darmschlingen mäfzig stark gebläht vor. Das Peritoneum ist glatt und spiegelnd, in der Bauchhöhle keine freie

Flüssigkeit. Die Appendix ist frei beweglich, durchgängig. Zwerchfellstand rechts: 4. R. oben, links: 6. R. oben. Die Leber überragt den Rippenbogen um Fingerbreite. Nach Eröffnung der Brusthöhle erweist sich das Gewebe des vorderen Mediastinums, das subpleurale Gewebe, sowie das des Herzbeutels, als sehr oedematös und blutig durchtränkt. In beiden Pleurahöhlen und dem Herzbeutel je ca. 100 ccm blutig seröse Flüssigkeit. Beide Lungen und das Herz sind frei beweglich.

Organe der Bauchhöhle: Milz: von gehöriger Gröfze und Consistenz, Kapsel etwas gerunzelt, grau, a. d. S. von braun-roter Farbe. Follikel deutlich erkennbar. Trabekel etwas vermehrt, Pulpa mäfzig abstreifbar.

Ductus choledochus: durchgängig.

Leber: etwas klein. Oberfläche glatt; Kapsel stellenweise weifzlich verdickt. A. d. s. Läppchenzeichnung deutlich. Farbe: braun-rot. Gallenblase von gehöriger Gröfze, mit dunkelgrüner Galle angefüllt, Wand zart.

Magen: mit wenig Speisebrei angefüllt, Schleimhaut grau-grün, ohne Narben oder frischem Substanzdefekt; *Duodenum:* wie Magen. *Pankreas:* gehörig grofz, a. d. S. von guter Körnelung, grau-gelb.

Mesenterium: sehr fettreich, ohne vergröfzerte Drüsen.

Nebennieren: Mark zerfliefzlich, Rinde von gutem Lipoidgehalt.

Ureteren: gehörig weit, Schleimhaut grau-weifz.

Nieren: von gehöriger Gröfze und Consistenz, mit gut entwickelter Fettkapsel, fibröse Kapsel leicht abziehbar. Oberfläche glatt, a. d. S. Farbe frisch-rot, Mark und Rindenzeichnung und -Grenze deutlich. Nierenbecken nicht erweitert, Schleimhaut grau.

Rektum mit wenig Kot angefüllt, Schleimhaut grau-grün. Perianale Venen nicht erweitert.

Blase: mit geringer Menge goldgelben Urins angefüllt, Schleimhaut rosa.

Vagina: glatt, ohne Narbe.

Uterus: klein; Portio zapfenförmig. Muttermund quer gespalten. Schleimhaut grau-rot. Tuben zart.

Ovarien: klein, sonst o. B.

Hals- und Brustorgane: Zunge: mit fast völlig geschwundenen Follikeln am Grund. *Tonsillen:* zerklüftet, ohne eitrigen Inhalt.

Pharynx und Oesophagus: o. B.

Kehlkopf: Knorpel verknöchert, Schleimhaut: blafzgelb. Kehlkopf und Trachea mit eitrigem Schleim angefüllt. Schleimhaut gerötet und geschwollen, etwas über der Bifurkationshöhe ist die Trachea durch eine Geschwulst nach links verlagert und das Lumen etwas eingeengt.

Hilus und Bifurkationsdrüsen: antrakotisch, sonst o. B.

Schilddrüse: gehörig grofz, a. d. S. von gutem Colloidgehalt.

Herz: entspricht an Gröfze gut der Leichenfaust, Pericard glatt und spiegelnd. Subepiacardiales Fettgewebe: gering entwickelt. Muskelgrenze scharf, rechte Herzhöhle nicht erweitert, frei von thrombotischen Massen. Endocard glatt und spiegelnd, Klappen zart. Foramen ovale geschlossen.

Linkes Herz: Wand des Ventrikels ca. 1,8 cm dick. Herzhöhle etwas erweitert; sonst Endocard und Mitralklappen zart. Die Aortenklappen zeigen verdickte Ränder, ihre Ansatzstellen sind in das Lumen der Aorta hineingezogen und durch kleine weifzliche Wülste auseinander gedrängt. Die Winkel zwischen 2 Klappen sind spitz. Die Coronargefäfze zeigen sehr verengte Eingangsstellen. Im übrigen sind sie gut durchgängig. Die Wand zeigt nur wenig gelblich-weifze Einlagerungsherde. Die Muskulatur zeigt auf dem Flachschnitt eine braun-rote Farbe, keine Einlagerungsherde.

Aorta: im Anfangs- und Arcusteil in geringem Mafze aneurysmatisch erweitert. Sie zeigt neben wenigen an Zahl in der Bauchaorta zunehmenden gelblichen Einlagerungsherden zahlreiche weifzliche porzellanartige Herde, die in der Brustaorta besonders um die Intercostalgefäfzabgangsstellen gelagert sind. Im Arcus findet sich die Wand an vielen Stellen verdünnt und wie ausgepunzt. Aufzerdem sieht man häufig Rillenbildung. Die Abgangsstellen der Arteriae carotis communis sinistra und subclavia sinistra sind durch weifzliche Narben sehr verengt.

Arteria anonyma: Bis ungefähr 1 cm weit über die Ursprungsstelle ist die Arteria anonyma bis auf ca. Zeigefingerdicke erweitert. Diese Erweiterung wird durch einen nur für einen dünnen Bleistift durchgängigen Ring abgeschlossen. Dicht oberhalb davon zeigt die Wand der Arterie einen ca. kleinfingerkuppengrofzen, nach medianwärts sehenden Defekt, von dessen Rand eine ca. hühnereigrofze, sackförmige Erweiterung ihren Ursprung nimmt. Diese ist hinten an die Trachea durch derbes Bindegewebe fest angeheftet. Vorn zeigt dieser Sack den schon oben beschriebenen Rifz, aus dem einige Blutgerinnsel herausragen Die Wand ist nur ca. 2 mm dick; ihr aufgelagert sind zwiebelschalenartig mehrere Schichten Blutpfropfmassen, deren äufzerste derb grau-weifz und fest adhärent, während die nach innen zugelegenen Schichten rötlich-grau sind. Ein nur kirschgrofzer ovaler Hohlraum bleibt übrig, in dem sich noch ein wenig flüssiges und ungeronnenes Blut befindet. Von dem Sack abpräparieren läfzt sich der übrige Stamm der Arteria anonyma; ihre Wand zeigt ebenso wie die der beiden anderen grofzen Halsarterien kleine weifzliche Verdickungsherde.

Lunge: Pleura überall glatt und spiegelnd; die Consistenz sämtlicher Lappen ist vermehrt; vom Schnitt fliefzt reichliche schaumige Flüssigkeit ab, Saft und Blutgehalt ist vermehrt; der Luftgehalt ist vermindert. Grofze Bronchien wie Trachea, grofze Gefäfze o. B.

Diagnose: Status nach vorderer Mediastinotomie und Tamponade des Wundbettes wegen starker Blutung infolge Usurierung eines sackförmigen Aneurysmas der Arteria anonyma. Blutige Imbibition und Oedem des vorderen Mediastinums, des subpleuralen Gewebes und des Herzbeutels; haemorrhagisch-seröser Erguſz in beiden Pleurahöhlen und im Herzbeutel. Lungenoedem. Verdrängung und Compression der Trachea durch das Aneurysma.

Aortitis luica, übergreifend auf die Klappen mit Aneurysmabildung im Anfangsteil und Arcus. Verengung der Abgangsstellen, der Coronargefäſze und der beiden linken groſzen Halsgefäſze. Aneurysmatische Ausweitung der Abgangsstelle der Arteria anonyma. / Atheromatose der Aorta. / Glatter Zungengrund Allgemeine Adipositas. / Braune Atrophie der Leber. / Braune Pigmentation des Herzmuskels. / Eitrige Tracheïtis und Bronchitis.

Epikritisch läſzt sich nun zu dem vorliegenden Fall folgendes sagen:

Es handelt sich um ein Aneurysma der Arteria anonyma auf syphilitischer Basis, das klinisch unter der Diagnose einer Struma retrosternalis behandelt wurde. Ein Verdacht, daſz der röntgenologisch und perukutorisch diagnostizierte Tumor eine andere Aetiologie haben könnte, kam nicht auf. Die positive Wa. R. hätte im Zusammenhang mit dem diastolischen Geräusch über der Aorta und der gleichzeitig vorhandenen groſzen Blutdruckamplitude an eine luetische Erkrankung des Klappenapparates und des Gefäſz-Systems denken lassen können. Wenn wir uns in der vorliegenden Literatur nach ähnlichen Fällen umsehen, so bleibt allein die Arbeit von Hofrichter übrig, da sich in den anderen keine näheren klinischen Angaben finden, die es ermöglichen, auf die differential-diagnostischen Schwierigkeiten einzugehen.

Aus der Erörterung scheiden alle diejenigen Fälle von vornherein aus, wie die Fälle I und III von Hofrichter, die als groſze pulsierende Geschwulst fühl- und sichtbar waren und auskultatorisch lautes Schwirren feststellen lieſzen. Diese Fälle gehen in der klinischen Diagnose als Aneurysma des Arcus aortae, da es meistens nicht gelingen wird, röntgenologisch eine andersgeartete Entscheidung herbeizuführen. Der Aneurysmaschatten sitzt nämlich in diesem Fall dem Aortenbogenschatten so dicht auf, daſz eine Trennung der beiden voneinander nicht gelingt. Die groſze Seltenheit der Fälle von Anonymaaneurysma bewirkt es, daſz meistens kein Zweifel an der Diagnose Arcusaneurysma aufkommt. Anders liegen die Verhältnisse dort, wo das Aneurysma sich in seiner Ausbreitung auf das Mediastinum beschränkt, wie in unserem Fall und dem Fall I von Hofrichter, in dem ein Mediastinaltumor diagnostiziert wurde. Es handelte sich hier um einen 53 Jahre alten Mann, der schon seit 2 Jahren über Schmerzen in der oberen Brustgegend klagte und mit starker Atemnot ins Krankenhaus eingeliefert wurde.

Das Röntgenbild zeigte eine kugelige, 16 cm breite und 19 cm lange, dem Herzen dicht aufsitzende Verschattung, die als Mediastinaltumor gedeutet wurde. Autoptisch fand sich neben einer Aortitis luica ein fast dreifaustgrofzes Aneurysma der Arteria anonyma, dessen Wand sehr reichliche thrombotische Auflagerungen zeigte, wodurch der Hohlraum im Innern bis auf Apfelgröfze verkleinert wurde. Da in diesen beiden Fällen der Aneurysmasack zum gröfzten Teil thrombosiert war, versagte hier die dem Aneurysma eigentümlichen Symptome „Schwirren und Pulsation", sodafz in beiden Fällen eine klinische Fehldiagnose gestellt wurde. Zu erwähnen wäre noch die in beiden Fällen aufgetretene, ziemlich starke Verdrängung der Trachea mit gleichzeitiger Compression derselben. Klinisch im Vordergrund standen darum starke Atembeschwerden. Wie Matthes hervorhebt, findet man bei Mediastinaltumoren und retrosternaler Struma meistens eine allseitige Umwachsung der Trachea, während eine Verdrängung nach einer Richtung mehr für ein Aneurysma charakteristisch sein soll.

Zusammenfassend möchte ich mich dahin äufzern, dafz man in unklaren Fällen von Tumoren im oberen Mediastinum auch das Aneurysma der Arteria anonyma mit in Betracht ziehen mufz. In diesem Sinn sprechen neben einer positiven Wassermannschen Reaktion die Verdrängung der Trachea und ein gleichzeitiges Vorhandensein eines Herzfehlers auf syphilitischer Basis, wie sie in unserem Fall vorhanden waren.

Zum Schlufz sei es mir noch gestattet, dem Prosektor der hiesigen Städtischen Krankenanstalt, Herrn Dr. med. Emmerich, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank für die jederzeit liebenswürdige Unterstützung bei der unter seiner Leitung angefertigten Arbeit auszusprechen.

Literatur:

Hölscher: „Die luetische Erkrankung der Halsgefäße". J. D. Bonn 1914.

Hofrichter: „3 Fälle von Aneurysma der Arteria anonyma". J. D. Leipzig 1916.

Wolff: „Über die Aortitis luica, unter besonderer Berücksichtigung der dabei auftretenden Klappenveränderungen". J. D. Kiel 1922.

Schultz: „Pathologie der Gefäße" in „Ergebnissen der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere". 1927, 22. Jahrgang 1. Abtlg. Bergmann, Wiesbaden.

Thorel: „Pathologie der Kreislauforgane des Menschen". Ebendort 1915, 18. Jahrgang, 1. Abtlg.

Matthes: „Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten". Springer, Berlin, 1923.

Jores: „Arterien". Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Springer, Berlin, 1924.

Fahr: „Zur Frage der extrakardialen Blutbewegung". Zentr. Bl. f. Herz- und Gefäßkrankheiten", Bd. 10, Heft 3, 1918.

Gruber: „Die Doehle-Hellersche Aortitis". Fischer, Jena, 1914.

Beneke: „Über die spezifischen Gefäßerkrankungen bei Syphilis und Nikotinvergiftung". M. m. W. 1919, Nr. 51.

Gürich: „Über die syphilitischen Organveränderungen, die unter dem Sektionsmaterial der Jahre 1914—1924 angetroffen wurden". M. m. W. 1925, Nr. 24.

Ranzi: „Aneurysma-Operation". Arch. f. klin. Chirurg. 1918.

Imai: „Ein durch Exterpation geheilter Fall von Aneurysma der Arteria anonyma".

Lebenslauf.

Am 3. Januar 1900 wurde ich, Marie Schiller, geb. Vahrmeyer, Tochter des Kaufmannes Johannes Vahrmeyer, zu Bramsche, Bez. Osnabrück, geboren.

Ich besuchte das Realgymnasium in Düsseldorf und bestand dort 1919 das Abiturienten-Examen. Ich widmete mich dem Studium der Medizin, bestand im August 1922 das medizinische Vorexamen in Jena und beschloſz mein Studium mit dem Staatsexamen im Januar 1927 in Kiel.

Von April 1927 bis September 1927 war ich als Medizinalpraktikantin in Berlin am Städtischen Krankenhaus Hasenheide tätig. Von Oktober 1927 bis Februar 1928 arbeitete ich am Städtischen Krankenhaus in Görlitz und beendete meine Medizinalpraktikantentätigkeit in Kiel an der Universitäts-Ohrenklinik am 8. Mai 1928.

Kiel, den 3. Juli 1928.